

参考資料 3-2 転倒リスク評価表

転倒リスク評価表

評価実施日 年 月 日 (回目評価)

氏名	年 月 日生 (歳)	評価者名
----	-------------	------

転倒スコア		はい	いいえ
1	つまずくことがありますか	1	0
2	手すりにつかまらず、階段の昇り降りができますか	0	1
3	歩く速度が遅くなってきましたか	1	0
4	横断歩道を青のうちにわたりきれますか	0	1
5	1 キロメートルくらい続けて歩けますか	0	1
6	片足で 5 秒くらい立つことができますか	0	1
7	杖をつかっていますか	1	0
8	タオルは固く絞れますか	0	1
9	めまい、ふらつきがありますか	1	0
10	背中が丸くなってきましたか	1	0
11	膝が痛みますか	1	0
12	目が見えにくいですか	1	0
13	耳が聞こえにくいですか	1	0
14	もの忘れが気になりますか	1	0
15	転ばないかと不安になりますか	1	0
16	毎日、お薬を 5 種類以上飲んでいますか	1	0
17	家の中で歩くととき暗く感じますか	1	0
18	廊下、居間、玄関によけて通るものがおいてありますか	1	0
19	家の中に段差がありますか	1	0
20	階段を使わなくてはなりませんか	1	0
21	生活上、家の近くの急な坂道を歩きますか	1	0
合計点		点	